

ปัจจุบันมีบิดามารดาหรือผู้ปกครองพาเด็กมาตรวจหรือมาขอคำแนะนำ เกี่ยวกับปัญหาเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปเพิ่มขึ้น มีทั้งเด็กที่คลอดจากมารดาที่เพิ่งรู้ว่าสามีติดเชื้อเอชไอวีขณะจะคลอด (ส่วนน้อย) และมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้วโดยไม่ได้ฝากครรภ์มาก่อนมาคลอด มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้วและได้มาฝากครรภ์และได้รับยาต้านไวรัสป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีหลายสูตรและมีการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมมาโดยตลอด ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วและโดยมากเป็นเด็กติดเชื้อที่อาการไม่มาก และแพทย์สามารถให้การดูแลรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกได้

หากเด็กที่มารดาตรวจเป็นเด็กที่อายุและพัฒนาการอยู่ในวัยที่เข้าใจถึงโรคต่างๆ ได้แล้ว (อายุ 7 ปีขึ้นไป) และเป็นการพบกันครั้งแรก แพทย์ควรต้องถามผู้นำเด็กมาตรวจขณะที่เด็กไม่อยู่ด้วยก่อนว่าเด็กหรือญาติคนอื่นทราบสภาวะการติดเชื้อของเด็กหรือยังเพื่อจะได้ใช้ถ้อยคำที่เหมาะสมในขั้นตอนต่อไป การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีแบ่งได้เป็น 2 เรื่องใหญ่ที่ต้องทำไปพร้อมกัน ได้แก่ I. การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีด้านสุขภาพทางกาย และ II. การดูแลทางด้านสุขภาพทางจิตและสังคม

I. การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีทางด้านสุขภาพทางกาย (แผนภูมิที่ 1)

1. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อแบ่งเด็กติดเชื้อตามการแบ่งขององค์การอนามัยโลกฉบับปี ค.ศ. 2006 ดังตารางที่ 1

2. ส่งเลือดเพื่อวัดระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เพื่อนำมาแจกแจงตามการแบ่งระดับภูมิคุ้มกันขององค์การอนามัยโลกฉบับปี ค.ศ. 2006 ดังในตารางที่ 2 เพื่อใช้ประกอบการดูแลรักษาต่อไป

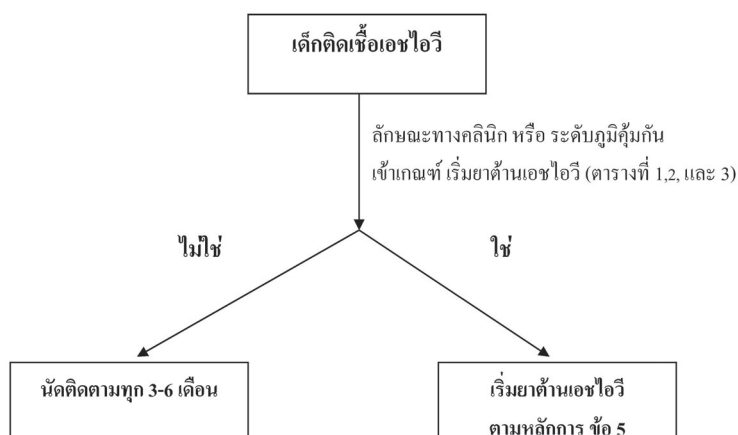
3. ระหว่างรอข้อ 2 ให้การดูแลรักษาปัญหาอื่นๆ ที่เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กเหล่านี้ ดังในตารางที่ 1 โรคหรือปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

3.1 โรคทางผิวหนัง เช่น impetigo, papular pruritic eruptions

3.2 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น rhinitis, otitis media (ทั้งชนิด acute และ chronic), sinusitis

3.3 โรคที่ปอดเช่น lymphoid interstitial pneumonitis, bronchiectasis ปัญหาการสัมผัสคนเป็นวัณโรค

4. หากลักษณะทางคลินิก และ/หรือ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่ต้องเริ่มยาต้าน (ตารางที่ 3) นัดติดตามดูแลการรักษาโรคในข้อ 3 ตามความเหมาะสมและตรวจระดับภูมิคุ้มกัน



แผนภูมิ 1. การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีทางด้านสุขภาพทางกาย

CD4 ซ้ำทุก 3-6 เดือน

5. หากลักษณะทางคลินิก และ/หรือ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ถึงเกณฑ์ที่ต้องเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี มีหลักการโดยสรุปดังต่อไปนี้

5.1 เกณฑ์การเริ่มยาด้าน ปัจจุบันแนะนำให้ใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับปี ค.ศ. 2006 โดยเลือกใช้ ลักษณะทางคลินิกและระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เป็นหลัก ดังในตารางที่ 3

5.2 ยาด้านไวรัสเอชไอวี ปัจจุบันมีมากมาย และปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นอยู่เสมอ สำหรับประเทศไทย แนะนำให้เริ่มด้วยสูตรยาที่แนะนำไว้ในหนังสือ “แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ 2550” (ดูรายละเอียดในหนังสือ หรือจาก website www.pedaids.info) โดยสรุปคือ

> หากเด็กไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน ยาที่ควรใช้เป็นสูตรแรก คือ ใช้ยา 2 ตัวในกลุ่ม NRTI* และ 1 ตัวในกลุ่ม NNRTI**

* nucleoside and nucleotide reverse transcriptase inhibitor

** non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor

> ในกรณีที่เคยได้รับยาด้านไวรัสมาก่อนและได้ผลดี กล่าวคือเด็กมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เด็กไม่มีอาการของโรคฉวยโอกาสหรืออาการของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นใหม่ เด็กมี CD4% และ CD4 count เพิ่มขึ้น ให้ยาด้านเช่นเดิมและนัดติดตามทุก 3 เดือน หากการรักษาเดิมไม่ได้ผล แนะนำให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญระหว่างรอปรึกษาให้คงยาด้านเดิมไปก่อน

5.3 ลำดับขั้นในการเริ่มยาด้านไวรัสในเด็ก

5.3.1 ตรวจประเมินภาวะสุขภาพของเด็ก (medical evaluation)

5.3.1.1 การซักประวัติตรวจร่างกายเพื่อประเมินและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยเฉพาะวัณโรค

5.3.1.2 การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แบ่งเป็น primary prophylaxis และ secondary prophylaxis ในเด็กติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยแนะนำให้ primary prophylaxis เฉพาะต่อการป้องกัน *Pneumocystis pneumonia*

กลุ่ม NRTI	กลุ่ม NNRTI
zidovudine + lamivudine	nevirapine หรือ efavirenz
stavudine + lamivudine	nevirapine หรือ efavirenz

ตาราง ที่ 1. WHO Clinical Staging

Clinical stage 1

Asymptomatic
Persistent generalized lymphadenopathy

Clinical stage 2

Unexplained persistent hepatosplenomegaly
Papular pruritic eruptions
Extensive wart virus infection
Extensive molluscum contagiosum
Fungal nail infections
Recurrent oral ulcerations
Unexplained persistent parotid enlargement
Lineal gingival erythema
Herpes zoster
Recurrent or chronic upper respiratory tract infections (otitis media, otorrhea, sinusitis, tonsillitis)

Clinical stage 3

Unexplained moderate malnutrition not adequately responding to standard therapy
Unexplained persistent diarrhoea (14 days or more)
Unexplained persistent fever ($> 37.5^{\circ}\text{C}$, intermittent or constant, for longer than one month)
Persistent oral candidiasis (after first 6–8 weeks of life)
Oral hairy leukoplakia
Acute necrotizing ulcerative gingivitis/periodontitis
Lymph node tuberculosis
Pulmonary tuberculosis
Severe recurrent bacterial pneumonia
Symptomatic lymphoid interstitial pneumonitis
Chronic HIV-associated lung disease including bronchiectasis
Unexplained anaemia ($<8.0\text{ g/dl}$), neutropenia ($<0.5 \times 10^9/\text{L}^3$) or chronic thrombocytopenia ($<50 \times 10^9/\text{L}^3$)

Clinical stage 4

Unexplained severe wasting, stunting or severe malnutrition not responding to standard therapy
Pneumocystis pneumonia
Recurrent severe bacterial infections (such as empyema, pyomyositis, bone or joint infection, meningitis, but excluding pneumonia)
Chronic herpes simplex infection; (orolabial or cutaneous of more than one month's duration, or visceral at any site)
Extrapulmonary or disseminated tuberculosis
Kaposi sarcoma
Esophageal candidiasis (or Candida of trachea, bronchi or lungs)
Central nervous system toxoplasmosis onset after age one month
HIV encephalopathy
Cytomegalovirus (CMV) infection; retinitis or CMV infection affecting another organ, with onset at age over 1 month
Extrapulmonary cryptococcosis (including meningitis)
Disseminated endemic mycosis (extrapulmonary histoplasmosis, coccidiomycosis, or penicilliosis)
Chronic cryptosporidiosis
Chronic Isospora
Disseminated mycobacteriosis, other than tuberculosis
Cerebral or B cell non-Hodgkin lymphoma
Progressive multifocal leukoencephalopathy
Symptomatic HIV-associated nephropathy or HIV-associated cardiomyopathy

ดัดแปลงมาจาก 2

ตารางที่ 2. WHO Immunological Classification

HIV-ASSOCIATED. IMMUNODEFICIENCY	AGE-RELATED CD4 VALUES			
	<11 months (%CD4)	12-35 months (%CD4)	36-59 months (%CD4)	>5 years (absolute number per mm ³ or %CD4)
None or not significant	>35	>30	>25	> 500
Mild	30-35	25-30	20-25	350-499
Advanced	25-29	20-24	12-19	200-349
Severe	<25	<20	<15	<15% or <200

ดัดแปลงมาจาก 2

ตารางที่ 3. เกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยแบ่งเด็กออกเป็น 4 ช่วงอายุ

	อายุ < 1 ปี	อายุ 1-3 ปี	อายุ 3-5 ปี	อายุ > 5 ปี*
อาการแสดงทางคลินิก	WHO stage 3,4	WHO stage 3,4	WHO stage 3,4	WHO stage 3,4
ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ที่ควรพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัส				
% CD4	< 25%	< 20%	< 15%	< 15%
หรือ				
CD4 count (เซลล์/ลบ.มม.)	< 1,500	< 750	< 350	< 200

* ในเด็กอายุมากกว่า 5 ปีขึ้นไปหาก CD4 % ไม่สอดคล้องกับ จำนวน CD4 cell count

ให้ใช้จำนวน CD4 cell count เป็นเกณฑ์

ดัดแปลงมาจาก 4

โดยการใช้ cotrimoxazole⁽¹⁾ เนื่องจากผลข้างเคียงจากยา cotrimoxazole เช่น ผื่นซึ่งพบได้บ่อยและ liver enzymes เพิ่มขึ้นเล็กน้อยซึ่งพบได้บ้าง จึงควรเริ่มให้ยา cotrimoxazole ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส เพื่อช่วยแยกแยะว่าผลข้างเคียงนั้นเกิดจากยา cotrimoxazole หรือจากยาต้านไวรัส ในทางปฏิบัติ บางครั้งหากเด็กมี (1) ปัญหาที่น่าจะต้องเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยเร็ว เพื่อช่วยในการรักษาโรคติดเชื้อซ้ำเติมที่เป็นปัญหาหลักของผู้ป่วย เช่น โรค CMV retinitis โรค *Mycobacterium avium* complex และ (2) การกินยาหลายชนิดเป็นปัญหาของผู้ดูแล ผู้เขียนจะเลือกเริ่มแต่ยาต้านไวรัส

เอชไอวี เพราะเห็นว่ามีความสำคัญมากกว่า

5.3.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำเป็น baseline ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส นอกจาก CD4 count แล้ว ได้แก่ complete blood count (CBC), liver enzymes, lipid profile, blood glucose และ chest x-ray (ในกรณีที่มีประวัติมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ) ส่วน HIV-viral load นั้นตอนเริ่มให้การรักษาอาจยังไม่มีผล และความจำเป็น และยังไม่มีการบรรจุไว้ในประกาศ “แนวทางการจัดบริการให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ปีพ.ศ. 2550

5.3.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ปกครองและเด็ก (ARV counselling, adherence counselling)

5.3.2.1 อธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจถึงการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวี ให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสและความสำคัญของวินัยในการกินยาต้านไวรัส ขั้นตอนนี้มีผลสำคัญมาก และไม่ควรกระทำอย่างเร่งรีบ

5.3.2.2 สำหรับเด็กอายุ > 6 ปี ขึ้นไป แพทย์ผู้ดูแลควรอธิบายถึงเหตุผลของการที่เด็กจะต้องกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กจะให้ความร่วมมือ ทั้งนี้การอธิบายควรปรับให้เหมาะสมตามพัฒนาการของเด็ก ในเด็กที่ยังไม่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี อนุโลมใช้ชื่อโรคบางโรคตามแต่อาการนำของโรคเป็นหลักไปก่อน เช่นเด็กมีผื่นที่ผิวหนัง eczema, impetigo ก็อนุโลมใช้ “โรคภูมิแพ้ผิวหนัง” หากเด็กมีอาการทางปอด (lymphoid interstitial pneumonia, bronchiectasis) ก็อนุโลมใช้ “โรคภูมิแพ้ปอด” ไปก่อน

5.3.2.3 เด็กที่อายุและพัฒนาการระดับ 9 ขวบขึ้นไปควรพิจารณาให้มีการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้ออย่างถูกขั้นตอนต่อไป

5.3.3 การติดตามขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัส หลังจากเริ่มยาต้านไวรัสแล้ว ควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินผลการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางในการติดตาม ได้แก่

5.3.3.1 การประเมินจากอาการทางคลินิก ควรติดตามอาการทางคลินิกทุกเดือนในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากนั้นติดตามทุก 3 เดือน โดยติดตาม

➢ อาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นใหม่ (new clinical events) ซึ่งต้องแยกว่าเป็นผลข้างเคียงจากยาหรือเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือภาวะ

immune reconstitution inflammatory syndrome

➢ การเจริญเติบโตส่วนสูง น้ำหนัก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการเข้าสู่วัยรุ่น (secondary sex characteristics)

➢ พัฒนาการทางระบบประสาท (neuro-development) ตัวอย่างเช่น การประเมินพัฒนาการในด้านต่างๆ ตามวัย และการวัดเส้นรอบศีรษะในเด็กเล็ก

5.3.3.2 การประเมินจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพของยาต้านเอชไอวี ได้แก่

➢ การตรวจเช็คระดับภูมิคุ้มกัน โดยการติดตามระดับ CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส และทุก 6 เดือน

➢ การวัดปริมาณไวรัสในพลาสมา (HIV viral load) ควรวัดปริมาณไวรัสหลังจากกินยาต้านไวรัสเป็นเวลา 6 เดือน และทุก 1 ปี ส่วนนี้มีบรรจุไว้ในประกาศ “แนวทางการจัดบริการให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ปีพ.ศ. 2550

เพื่อเป็นการระวังผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี ได้แก่

➢ Complete blood count (CBC) ควรตรวจทุกเดือนในช่วง 3 เดือนแรก (โดยเฉพาะในเด็กที่ได้รับยา AZT) เพื่อติดตามภาวะซีด และเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังจากนั้นตรวจทุก 6 เดือน

➢ Blood chemistries ได้แก่ liver enzymes, lipid profile, blood glucose ทุก 6 เดือน

➢ กรณีที่ได้รับยาสูตร nevirapine (อยู่ในสูตรยาพื้นฐานของประเทศไทย) อาจเพิ่มการตรวจระดับ liver enzymes หลังได้รับยา 2-4 สัปดาห์

➢ นอกจากนั้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะขึ้นอยู่กับยาต้านชนิดต่างๆ เช่น เด็กที่ได้ยา indinavir (อยู่ในสูตรไวรัสตัวยารักษาพื้นฐานของประเทศไทย) ต้องมีการตรวจปัสสาวะทุก 3 เดือนเป็นต้น

II. การดูแลทางด้านสุขภาพทางจิตและสังคม

1. ชักถามสภาพความเป็นอยู่ สภาวะทางการเงิน และสิทธิบัตร เพื่อประเมินความต้องการความช่วยเหลือของบิดามารดา หรือผู้ปกครอง

2. ชักถามเรื่องการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กต่อตัวเด็กเอง เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการในขั้นต่อไป โดยมากจะเริ่มทำเมื่อเด็กมีความพร้อม คือ มีวุฒิภาวะทางด้านสติปัญญาเท่ากับเด็ก 9 ขวบขึ้นไป วิธีการของขั้นตอนนี้ต้องปรับเปลี่ยนตามสภาพของเด็กแต่ละคน

3. ตลอดระยะเวลาการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวี ควรมีการสำรวจสภาพทางจิตสังคมของเด็ก และบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นระยะ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้เพราะในปัจจุบัน โรคนี้ยังเป็นโรคที่มี stigmatization และ discrimination อยู่มากน้อยแตกต่างกันไปตามท้องถิ่น หากพบว่ามีปัญหา ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็ว เพราะความสำเร็จของการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีขึ้นกับปัจจัยนี้สำคัญ

บรรณานุกรม

1. การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย <http://www.pedaids.info>
2. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children–August 2006. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/>
3. Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach–August 2006. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/>
4. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection – October 26, 2006. <http://aidsinfo.nih.gov/Guidelines/Default.aspx>
5. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ 2550 (หนังสือกำลังอยู่ระหว่างการตีพิมพ์)